



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del  
Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del  
Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro  
Quirúrgico

**AUTOR**

Vanessa Lucy MARTÍNEZ CHUQUITAPA

**ASESOR**

Tula Margarita ESPINOZA MORENO

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

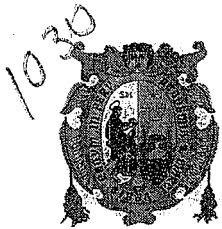
Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Martínez V. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.

---



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**INFORME DE CALIFICACIÓN**

93 LICENCIADA (O) : MARTINEZ CHUQUITAPA VANESSA LUCY

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE,  
EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO Y  
RECUPERACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA 2015.

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

Lima, 26 de julio de 2016

Señor Doctor  
**SERGIO GERARDO RONCEROS MEDRANO**  
Director de la Unidad de Post-Grado  
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de **ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

**Diecisiete (17)**

MG. TULA ESPINOZA MORENO.

Mary

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN ENFERMERAS DEL  
SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO Y RECUPERACION DEL  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA 2015.**

## **DEDICATORIA**

A mi esposo, por acompañarme y ser mi apoyo incondicional.

A mi hija, quien es mi motivo de perseverancia para el logro de mis metas.

A mis padres y hermana por su ejemplo de lucha constante.

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS por guiar mi camino, cuidarme, brindarme salud y darme la fortaleza de seguir adelante.

A la Universidad, mi Alma Mater, y a mí querida Escuela Académico Profesional de Enfermería por acogerme y darme la oportunidad de alcanzar mis objetivos en esta etapa de mi desarrollo profesional.

A las enfermeras de los servicios de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo y a sus autoridades por brindarme las facilidades para la realización del estudio de investigación.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Índice de Gráficos	07
Resumen	08
Presentación	10
<b>CAPITULO I: INTRODUCCION</b>	
1.1 Situación Problemática	12
1.2 Formulación del Problema	14
1.3 Justificación	15
1.4 Objetivos	15
1.4.1 Objetivo General	15
1.4.2 Objetivos Específicos	16
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	
2.1 Antecedentes	17
2.2 Base Teórica	21
2.3 Definición Operacional de Términos	42
<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación	43
3.2 Lugar de estudio	43
3.3 Población de estudio	44
3.4 Unidad de análisis	44
3.5 Criterios de selección	
3.5.1 Criterios de inclusión	44
3.5.2 Criterios de exclusión	45
3.6 Técnica e Instrumento de recolección de datos	45
3.7 Procedimientos para el análisis e interpretación de la Información.	49



## **CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION**

4.1	Resultados	50
4.2	Discusión	66

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1	Conclusiones	73
5.2	Recomendaciones	74
5.3	Limitaciones	74

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **BIBLIOGRAFIA**

### **ANEXOS**

## ÍNDICE DE GRAFICOS

<b>N°</b>	<b>TITULO</b>	<b>Pág.</b>
<b>1</b>	Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos De Mayo. Lima. 2015	<b>51</b>
<b>2</b>	Percepción de seguridad paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos De Mayo. Lima. 2015	<b>53</b>
<b>3</b>	Frecuencia de eventos notificados sobre la seguridad del paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos De Mayo. Lima. 2015	<b>55</b>
<b>4</b>	Trabajo en equipo en la cultura de seguridad paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos De Mayo. Lima. 2015	<b>57</b>
<b>5</b>	Comunicación en la cultura de seguridad paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos De Mayo. Lima. 2015	<b>58</b>
<b>6</b>	Dirección y gestión en la cultura de seguridad paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos De Mayo. Lima. 2015	<b>60</b>
<b>7</b>	Supervisión en la cultura de seguridad paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos De Mayo. Lima. 2015	<b>62</b>
<b>8</b>	Componentes de la cultura de seguridad paciente, en enfermeras del servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos De Mayo. Lima. 2015	<b>64</b>

## RESUMEN

### “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO Y RECUPERACION DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA. 2015”

**AUTORA:** Lic. Vanessa Martínez Chuquitapa

**ASESORA:** Mg. Tula Espinoza Moreno

- Cultura de Seguridad del paciente, es un concepto clave en profesionales de salud, su identificación es esencial para la mejora de la calidad de atención en salud, toma en cuenta la cultura de las organizaciones, propiciando la concientización de los profesionales y su participación activa en los diversos procesos que velan por la seguridad del paciente. La presente investigación, plantea como **Objetivo:** determinar la Cultura de Seguridad del paciente, en enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo.Lima.2015. **Metodología:** nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo. En 45 enfermeras se aplicó mediante encuesta, un instrumento denominado “Encuesta de seguridad del paciente” validado en el 2010 por Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). **Resultados:** los componentes con respuestas positivas son “Respuesta no punitiva a los errores” con 68.9%, “Aprendizaje organizacional para la mejora continua” con 55,6% y “Trabajo en equipo dentro del servicio” con 53.3%; “Acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes” 51.1%. Los componentes con respuestas negativas son, el “Grado de apertura de la comunicación” con 88.9%, “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad” con 66.7%. Las dimensiones “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” obtuvieron el 57.8% cada uno

respectivamente. **Conclusiones:** Los componentes que constituyen puntos débiles prioritarios a resolver son el “Grado de apertura de la comunicación” , la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” .

**Palabras Clave:** cultura de seguridad del paciente, enfermeras, centro quirúrgico.

## **ABSTRACT**

### **"CULTURE OF PATIENT SAFETY IN NURSING SERVICE CENTER SURGICAL AND RECOVERY NATIONAL HOSPITAL "DOS DE MAYO". LIMA. 2015. "**

**AUTHOR:** Lic. Vanessa Martinez Chuquitapa

**CONSULTANT :** Mg. Tula Espinoza Moreno

- Culture of Patient Safety is a key concept in health professionals, their identification is essential for improving the quality of health care, taking into account the culture of organizations, promoting awareness of professionals and their active participation in the various processes that ensure patient safety. This research raises as Objective: To determine the Culture of Patient Safety in nurses working in the Service and Recovery Surgery Center of the National Hospital Two of Mayo.Lima.2015. Methodology: applicative level, quantitative type, descriptive method. 45 was applied by nurses survey, an instrument called "Patient Safety Survey" validated in 2010 by Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). Results: dimensions with positive answers are "no punitive response to errors" with 68.9%, "Organizational learning for continuous improvement" with 55.6% and "Teamwork within the service" with 53.3%; "Actions supervisor or boss to promote patient safety" 51.1%. Dimensions with negative answers are, the "degree of opening of the communication" with 88.9%, "Communication and information to staff about the errors of unity" with 66.7%."Personal: sufficient availability and action" and "Problems in patient transfers or shift changes" obtained 57.8% each respectively. Conclusions: The components that are priority weaknesses to be solved are the "degree of openness of communication", "communication and information to staff about the errors of unity", the "Personal: sufficient availability and action" and "Problems in patient transfers or shift changes.

**Key words:** culture of patient safety, nurses, surgical center.

## **PRESENTACION**

Los sistemas de atención en salud deben reducir a un mínimo los riesgos a los que están expuestos los pacientes, siendo fundamental el cambio de la organización hacia una cultura de seguridad para el paciente que incluye tener funcionarios competentes y preocupados por el tema, la disminución de barreras estructurales, la formación en el liderazgo, la evaluación constructiva y no punitiva y la inclusión de todo el personal.

En noviembre de 2004 mediante Resolución Ministerial N° 143- 2006/MINSA, el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, elaboró un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente (2006), que viene implementándose en los diversos hospitales. El MINSA mediante Resolución 308- 2010/MINSA aprueba la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de atención en los distintos sectores que comprenden el Sistema Nacional de Salud en el Perú. Frente a ello, se plantea el presente trabajo de investigación a aplicarse en el Hospital Nacional Dos de Mayo, una institución del III-I nivel de atención, donde las pautas de mejora son importantes. Su organización consta de CAPITULO I: Introducción, Situación Problemática, formulación del Problema, justificación, objetivos, propósito. CAPITULO II: Marco Teórico. Antecedentes, base Teórica, definición Operacional de Términos, planteamiento de Hipótesis. CAPITULO III: Metodología. Tipo y Diseño de la Investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, muestra y muestreo, criterios de selección, técnica e Instrumento de recolección de datos, procedimientos para el análisis e interpretación de la información. CAPITULO IV: Resultados y discusión. CAPITULO V: Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Referencias Bibliográficas, bibliografía y anexos.

# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (2008), señala que “en la actualidad, al año se realizan alrededor de 234 millones de procedimientos quirúrgicos en el mundo, lo que representa una intervención quirúrgica de 25 por cada cien mil habitantes del planeta. El problema es que por lo menos siete millones de personas sometidas a cirugías sufren algún evento adverso, y aproximadamente un millón de esas personas mueren como consecuencia de estos eventos, cuyo porcentaje podría reducirse a la mitad con la utilización de normas, mecanismos de seguridad y procedimientos relativamente simples. Las complicaciones más frecuentes que se encuentran están relacionadas con la identificación incorrecta del paciente o el sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas y altos índices de infección de la herida operatoria” (p.4).

En la Asamblea Mundial de Salud del 2004, la OMS acordó organizar una Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año. El programa de la Alianza incluye una serie de medidas consideradas claves para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en asumir la seguridad del paciente como prioridad en la agenda de los países miembros. Una de las iniciativas multifacética y participativa para reducir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica más segura, fue “*La cirugía segura salva vidas*” consistente en diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía, cinco “estadísticas vitales” para medir los progresos realizados, y una *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía* que se rellenará en cada procedimiento quirúrgico; en el que los Estados miembros

tienen el compromiso de respaldar el objetivo de mejorar la atención en todos los entornos, independientemente de sus recursos.

El Perú, en su calidad de país miembro de la Asamblea Mundial de la Salud, a través del Ministerio de Salud como ente rector, crea e implementa estrategias y mecanismos para brindar mayor seguridad al paciente durante el proceso de atención de salud. Es a partir de esta iniciativa que en noviembre de 2004 se asume, concretándose mediante la Resolución Ministerial N° 143- 2006/MINSA, el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente con carácter sectorial. Este comité elaboró un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente en el 2006, el cual se viene implementado en los diversos hospitales.

El Ministerio de Salud (2011) emite “la Resolución 308- 2010/MINSA aprueba la *Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía*, dando la posibilidad de adicionar y adaptarlo según criterios de la institución para aplicarlos a sus practicas, con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención en los distintos sectores que comprenden el Sistema Nacional de Salud en el Perú (p.1).

Dentro del Enfoque sistémico para mejorar la seguridad de la cirugía, es necesario emprender de forma fiable una serie de medidas imprescindibles en la atención sanitaria, con profesionales que trabajen en equipo dentro de un sistema de salud que los respalde, para beneficio del paciente.

Fajardo, Rodríguez y Arboleya (2010) señalan que “es importante la Cultura de Seguridad en el profesional de salud, el cual se ha convertido en un concepto clave para conocer el estado de madurez en Seguridad de las Organizaciones, así como las acciones necesarias para evolucionar hacia estados más maduros. La identificación del nivel de cultura sobre la seguridad del paciente es esencial para la mejora de la calidad de la atención en salud “(p.3).



Frente a esta situación, y a pesar que en estos tiempos se viene realizando y aplicando diversas estrategias e instrumentos para la mejora de la atención y seguridad del paciente, se debe tener en cuenta la cultura de las organizaciones, propiciando así la concientización de los profesionales y su participación activa en los diversos procesos que velan por la seguridad del paciente.

Durante el desarrollo de las prácticas de especialidad, al interactuar con las enfermeras se observa que realizan varias actividades, los cuales no son identificados como parte de los cuidados seguros que realiza el profesional, refiriendo que en ciertas situaciones se corre el riesgo de no brindar adecuada seguridad al paciente por ejemplo al “ ....no contar con suficiente personal o personal capacitado ”, “...no se cuenta con suficientes materiales y equipos operativos...”, “...no se establece comunicación efectiva con otros profesionales”, etc...

En tanto, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la percepción de las enfermeras sobre la seguridad del paciente?, ¿Es importante, para las enfermeras la seguridad del paciente, en el quehacer profesional? ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en las enfermeras? ¿Es importante la cultura de seguridad en el paciente en el personal de enfermería de la institución?

Formulándose el siguiente problema de investigación:

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la Cultura de Seguridad del paciente, en enfermeras de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2015?

### **1.3 JUSTIFICACION**

Relevancia: Esta investigación nos permitirá contar con información actualizada sobre Cultura de Seguridad del paciente, punto importante dentro de los estándares de calidad de atención en los servicios de salud. En este contexto, el profesional de en Enfermería debe velar por la seguridad del paciente, previniendo incidentes y eventos adversos en el cuidado que brinda.

Implicancias prácticas: Este estudio, nos ayudará a conocer la cultura de seguridad de la enfermera del centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo, y permitirá tomar las decisiones y estrategias que busquen propiciar una cultura con sus correspondientes principios, que incluya la participación de los trabajadores.

Valor teórico: Se podrá conocer con mayor exactitud este tema, importante para todos los profesionales de la salud ya que no se cuenta con un estudio en esta institución.

### **1.4 OBJETIVOS**

#### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la Cultura de Seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2016.

#### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar fortalezas y debilidades en los resultados de la cultura de seguridad, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2016.
- Identificar fortalezas y debilidades en el trabajo en equipo de la cultura de seguridad de las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2016.
- Identificar fortalezas y debilidades en la comunicación de la cultura de seguridad de las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2016.
- Identificar fortalezas y debilidades en la gestión /dirección de la cultura de seguridad de las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2016.
- Identificar fortalezas y debilidades en la supervisión de la cultura de seguridad de las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2016.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

A continuación se presenta estudios realizados a nivel nacional que se encuentran indirectamente relacionados. Así tenemos:

##### **A NIVEL NACIONAL**

Ore Rodríguez, María del Rosario; en Lima-Perú, en el año 2010 realizó un estudio de investigación sobre *“Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico”*; cuyo objetivo fue describir el saber y quehacer sobre seguridad en el cuidado del paciente desde la perspectiva de las enfermeras de áreas postquirúrgicas en un hospital de cuarto nivel de la ciudad Lima. El método fue descriptivo, de tipo cualitativo. La muestra estuvo conformada por 10 enfermeras de las áreas de cuidados post-operatorios inmediatos y mediatos de pacientes adultos. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a profundidad, con preguntas abiertas, basadas en las implicancias del cuidado seguro. En los resultados, se develaron dos categorías: significado del cuidado seguro como concepto y el proceso del cuidado seguro, sobre las prácticas que se siguen para ofrecer un aseguramiento del paciente; a su vez emergieron sub-categorías para cada categoría. Respecto a la primera se identificaron: cuidado humanizado, la responsabilidad profesional, la protección integral, la preservación de la salud. A su vez para la segunda categoría se encontraron: la valoración de los riesgos intrínsecos del paciente, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la evaluación continua de acciones y la comunicación. Entre las consideraciones finales tenemos:

*“El cuidado seguro es un compromiso moral, ético, social y profesional de proteger y realzar la dignidad humana, teniendo como centro al paciente, con el objeto de preservar la salud. “*

## **A NIVEL INTERNACIONAL**

Roqueta Egea Fermí, Tomás Vecina Santiago, Chanovas Borrás Manel R., en el 2011, España; realizaron un estudio sobre la *“Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español”*, cuyo objetivo fue conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios, el método usado fue el descriptivo en el que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad en los SUH utilizando como instrumento de medición la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPS) de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) adaptada al castellano. La encuesta se realizó a profesionales de SUH, y fue administrada por los alumnos de los cursos de instructores SEMES en seguridad del paciente realizados entre 2009 y 2010. Se analizaron las respuestas positivas y negativas a 42 preguntas que configuran un total de 12 dimensiones sobre cultura de seguridad, así como la calificación de 0 a 10 otorgada a la seguridad del paciente en los SUH. La encuesta se aplicó en 30 SUH de 13 comunidades autónomas y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas. La nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1 puntos. Entre sus conclusiones:

*“Los datos obtenidos en los SUH son similares a los de otros estudios realizados en nuestro país, con participación de diversos servicios de hospitales del Sistema Nacional de Salud, aunque con unos porcentajes más bajos de respuestas positivas y más altos de respuestas negativas, así como con una nota media también más baja. Se sugieren acciones de mejora en estas áreas para incrementar el nivel de cultura de seguridad global de los SUH representados. “*

Gómez Ramírez Olga, y colaboradores. En Colombia, en el año 2011, presentaron un estudio sobre *“Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá”*. Describe la percepción de dicha cultura

referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que forman parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá. El método utilizado fue el descriptivo, transversal. La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión. La medición se realizó con el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. El cuestionario fue autoadministrado después de informar el propósito y cumplir las consideraciones éticas. Entre los resultados, la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Entre otras concluyeron:

*“Las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorar la seguridad del paciente.”*

Fajardo Dolci Germán, y colaboradores. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en México, en el año 2011; presentaron un estudio titulado *“Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud”*, cuyo objetivo, fue evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud. Se trata de un estudio descriptivo, transversal en donde se aplicó una encuesta sobre seguridad del paciente a 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Se determinaron las puntuaciones obtenidas en las 12 dimensiones de la escala, así como en reactivos sobre percepción y grado de seguridad global del paciente, y se obtuvieron los valores de alfa de Cronbach para las diferentes dimensiones. Entre otros concluyeron:

*“La percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla.”*

Carchano Monzó, M.A, Juliá Sanchis, R, Serralta Bou, V., Lucas A., Osuna Pérez, R. Sausa Micó, V; En Murcia 2010, presentaron un estudio sobre la *“Percepción de la Cultura de la Seguridad del Paciente entre los profesionales del Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal.”*; cuyo objetivo fue analizar la relación existente entre los factores labores y la percepción sobre la Seguridad del paciente. Y comparar “cultura de seguridad” y “apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del Paciente” entre las distintas categorías profesionales. La metodología del estudio fue descriptivo, transversal. Participaron 37 profesionales mediante el autopase de la encuesta difundida por la Agencia de investigación y Calidad en Salud (AHRQ, 2007). Los datos se analizaron con el programa estadístico “PASW Statistics 18”. Las principales conclusiones fueron:

*“A mayor tiempo trabajado la percepción sobre la Seguridad del Paciente empeora. Existe una falta de confianza en los gestores y líderes de las organizaciones sanitarias. Los profesionales no sienten que la seguridad sea una prioridad en su servicio ni en su hospital”.*

*“Es necesario contar con el apoyo y el estímulo de la dirección, ya que es su responsabilidad crear unas condiciones de trabajo que potencien la Seguridad del paciente. Además se debe proporcionar formación e instrumentos para un adecuado análisis de los problemas de seguridad detectados y debe ser una prioridad”.*

Intendencia de Prestadores de Salud. Unidad Técnica Asesora de Chile, en el 2009, presentó un estudio sobre *“Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado”*, tuvo como objetivo evaluar la percepción de los profesionales acerca de la cultura de seguridad de las áreas de atención clínica y de apoyo. Los sujetos de estudio fueron profesionales de la salud que trabajan en el Hospital Padre Hurtado, incluyendo médicos, enfermeras(os), matronas(es), kinesiólogos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y tecnólogos médicos. La muestra

estimada, para un universo total de 527 profesionales, fue de 143 sujetos. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo transversal. El instrumento consistió en una encuesta de autoaplicación anónima. Se utilizó la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture" patrocinada por el Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC), instrumento de uso público para hospitales, que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados y del staff (AHRQ, 2004), en su versión traducida al español por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia. Las conclusiones a las que arribaron fueron:

*“Como debilidades se identificó la importante percepción de los profesionales encuestados acerca de una respuesta punitiva frente al reporte de los Eventos Adversos (EA) y la inadecuada Dotación de personal que impedirían desarrollar la atención sanitaria de manera segura”.*

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 CULTURA DE SEGURIDAD**

La Cultura de Seguridad se ha convertido en un concepto clave para conocer el estado de madurez en Seguridad de las Organizaciones, así como las acciones necesarias para evolucionar hacia estados más maduros de Seguridad, y por tanto reducir los índices de siniestralidad.

El término Cultura de Seguridad, dada por Uttal (1983) en la revista Fortune define Cultura como un sistema de valores compartidos (lo que es importante) y creencias (como funcionan las cosas), que interactúan con la gente, las estructuras y los sistemas de gestión de una organización para producir normas de comportamiento (como se hacen las cosas aquí).



Por su parte Cooper (2000) define la cultura de seguridad como el grado de esfuerzo con el que todos los miembros de una organización dirigen su atención, y sus acciones para mejorar la seguridad en el día a día.

Los modelos de Geller (2002) y de la Organización Internacional de Productores de Petróleo y Gas (OGP) establecen etapas o fases, para evaluar el nivel de madurez de la Cultura de Seguridad de cada organización.

### **A) Modelo de Cultura de Seguridad Total**

El modelo de la Cultura de Seguridad Total de Geller (2000), en la que participan e interactúan entre si tres factores dinámicos: Entorno, Persona y Comportamiento. Partiendo de estos tres factores, la Cultura de Seguridad de una Organización puede evolucionar a través de tres fases: Dependiente, Independiente e Interdependiente.

- 1. Fase Dependiente:** Se caracteriza por no realizar ningún esfuerzo más allá que el exigido por la legislación.
- 2. Fase Independiente,** la organización entiende que el cumplir las leyes no es suficiente para evitar los accidentes laborales, por lo que intenta mejorar su seguridad más allá de lo que exijan las legislaciones, todos los miembros de la compañía se mentalizan acerca de su responsabilidad en materia de seguridad.
- 3. Fase Interdependiente,** corresponde al escalón más alto, en ella sus miembros se preocupan activamente por el estado de seguridad propio y el de sus compañeros, realizando tareas más allá de las asociadas a su puesto de trabajo en aras de mejorar el nivel de seguridad de la compañía

## **Características**

### **Participación de los Trabajadores**

1. Los procedimientos se realizan en los niveles de mando, y se exige su cumplimiento a los trabajadores
2. Los trabajadores participan en la creación de procedimientos
3. Los trabajadores deciden la forma más segura de realizar su trabajo

### **Motivación para Trabajar con Seguridad**

1. Trabajar de forma segura es una exigencia del contrato
2. Se trabaja de forma segura por convicción propia
3. Se trabaja de forma segura por compromiso con el equipo

## **Metodología**

1. Se penalizan las acciones inseguras
2. Se incentivan las acciones seguras
3. Se reconoce el trabajo seguro

### **Enfoque para Reducir Accidentes**

1. Se buscan culpables de los accidentes
2. Se buscan las causas de los accidentes
3. Se busca la Mejora Continua

### **Política de Seguridad**

La Seguridad es importante

La Seguridad es una prioridad

La Seguridad es uno de los valores de la compañía

## **B) Escalera de la cultura de seguridad (Hudson, 2007)**

El modelo de la Escalera de la Cultura en Seguridad de la OGP (Hudson, 2007); se encuentran estratificados cinco niveles para la Cultura de

Seguridad: Patológica, Reactiva, Calculativa, Proactiva y Generativa. Se genera progresivamente un aumento de la Información y por ende aumento de la Confianza.

**Generativa:** La Seguridad es nuestra forma de trabajar

**Proactiva:** El liderazgo en Seguridad nos conduce a la Mejora Continua

**Calculativa:** Tenemos un Sistema para Gestionar los Riesgos

**Reactiva:** La Seguridad es importante, investigamos los accidentes

**Patológica:** Ya nos preocuparemos si nos pillan

Una de las características principales de estos modelos, es que al permitir identificar la fase de madurez en seguridad en la que se encuentran las organizaciones, se puede conocer cual es la fase siguiente, y por tanto los pasos a dar para alcanzarla.

### **C) El Factor Humano**

Según Reason (1997) los errores son esencialmente un problema de proceso de la información, por lo que su corrección requiere de un suministro de información de mejor calidad para la persona. Las infracciones por su parte, tienen sus orígenes en las motivaciones, las actitudes, los comportamientos del grupo y los factores culturales, por lo que las medidas para corregirlas han de dirigirse más hacia el corazón que hacia la cabeza.

### **D) Seguridad basada en el comportamiento**

Esta línea de estudio entiende que las personas son entes libres, capaces de decidir su comportamiento en función de las influencias que reciben de su entorno. Según Geller (2000) un comportamiento es un acto que realizan las

personas de manera natural, de tal forma que se pueda observar, que sea específico, y que sea objetivo.

Skinner (1974) realizó uno de los aportes fundamentales a este campo, en sus estudios demostró que el comportamiento voluntario esta motivado por las consecuencias que de el se desprenden. Como herramienta clave para entender y analizar los comportamientos, se utiliza el modelo ABC (Antecedentes -Comportamiento -Consecuencias). Según este modelo los comportamientos son dirigidos por los antecedentes, y motivados por sus consecuencias.

El desarrollo de intervenciones para activar comportamientos seguros y desactivar los inseguros se basa en la aplicación del método científico al campo de trabajo de la Seguridad Basada en el Comportamiento. Geller (2000) define este proceso como (Definir-Observar-Intervenir-Comprobar):

1. Definir el campo de trabajo. Para ello se analizara cuales son aquellos comportamientos inseguros con potencialidad de crear un accidente o lesión, y cuales son los comportamientos seguros que se desean.
2. Observar. Una vez definidos los comportamientos de trabajo, será necesario crear un sistema que permita su medición y observación.
3. Intervenir. Aplicación de las medidas diseñadas tras el análisis ABC.
4. Comprobar. Mediante el sistema de medida diseñado, se podrá comprobar la efectividad de las medidas propuestas.

### **2.2.2 SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Según la OMS la seguridad del paciente está definida como la Ausencia, prevención y mejora de resultados adversos originados como consecuencia de la atención sanitaria.

- Profesional: Buenas prácticas
- Institucional: Centros seguros
- Político: Estrategia que promueve cambios en el SNS y en la sociedad.

El MINSA, establece que la Seguridad del paciente está definida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

La seguridad del paciente es un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente comprobadas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud, maximizar la probabilidad de interceptación cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias.

Actualmente el MINSA, busca Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente orientada a la reducción de riesgos en los establecimientos de salud, a través del Diagnóstico situacional de Cultura de Seguridad del Paciente Incorporarla en Misión, Visión y Valores de las instituciones Sistema de identificación, Registro, Notificación, Procesamiento y análisis de eventos adversos. En tanto se ha conformado del Comité Nacional de Calidad y Seguridad en Salud. Lanzando Campaña por la Calidad y Seguridad en la Atención: Manos limpias -Cirugía Segura, Infecciones Zero -Medicación Segura. Dándose la Aprobación de la Política Nacional de Calidad en salud  
Octava Política Gestión de riesgos.

### **2.2.3 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

#### **A) Definición**

La cultura de la seguridad de una organización es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamientos individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión.

Es un Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

#### **B) Atributos**

La Cultura de seguridad, presenta atributos de nivel superior que [los profesionales sanitarios] se esfuerzan por poner en práctica mediante la aplicación de sólidos sistemas de gestión de la seguridad.

1. Una cultura en la que *todos* los trabajadores (lo que incluye al personal de primera línea, los médicos y los administradores) aceptan responsabilizarse de su propia seguridad y de la de sus compañeros de trabajo, los pacientes y los visitantes.
2. Que concede prioridad a la seguridad por encima de las metas financieras y operacionales.
3. Que fomenta y recompensa la identificación, la comunicación y la resolución de los problemas de seguridad.
4. Que pone los medios para que las organizaciones aprendan de los accidentes.

5. Que proporciona los recursos, la estructura y la transparencia adecuadas para mantener unos sistemas de seguridad eficaces.

### C) Componentes

Las organizaciones con culturas de la seguridad eficaces comparten un compromiso constante con la seguridad como prioridad del máximo nivel que impregna toda la organización. Los componentes más destacados son:

1. El **reconocimiento** de que las actividades de una organización son de alto riesgo y propensas a los errores.
2. Un **entorno** que no culpabilice y en el que los individuos puedan notificar errores o cuasi incidentes sin ser castigados.
3. una expectativa de **colaboración** entre estamentos profesionales para buscar soluciones a las vulnerabilidades.
4. una voluntad por parte de la organización de asignar recursos a la corrección de los problemas de seguridad.

### D) Características de una cultura de la seguridad

- Conciencia de que las cosas pueden ir mal.
- CAPAZ de reconocer errores, aprender de ellos, actuar para mejorar las cosas.
- ABIERTA E IMPARCIAL (Justa) para COMPARTIR información abiertamente y para tratar al profesional en eventos adversos (Esto es crítico tanto para paciente como para quien le cuida o trata).
- Basada en un enfoque al SISTEMA: las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.
- Abordar qué fue mal en el SISTEMA ayuda a APRENDER lecciones y PREVENIR su recurrencia.

- Está PRESENTE cuando: atiende a paciente + fija objetivos + desempeña procedimientos / procesos + compra productos + rediseña...
- Afecta a MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVOS de la organización.
- Seguridad del paciente debe ser parte de la Estrategia, Misión, Visión, Objetivos, Indicadores, Proyectos y forma de trabajar.

#### **E) Beneficios de una cultura de la seguridad**

- Impacto positivo en el funcionamiento de la organización.
- Transición desde Análisis de Fallos • Mejora Continua (dado que la perfección no es posible).
- El personal está informado de QUÉ PUEDE IR MAL y QUÉ HA IDO MAL (no rumor / temor)
- Reducir la RECURRENCIA y SEVERIDAD • debido al aprendizaje.
- DAÑO / IMPACTO al paciente • (prevención + comunicación)
- Personal con menos stress, culpabilidad, falta de confianza... al ocurrir menos EVENTOS ADVERSOS.
- Tiempo de espera • debido a menos retorno de pacientes ligados a errores.
- Reducción de costes extra-tratamiento.
- Reducción de costes de RECURSOS requeridos para gestionar quejas y reclamaciones.
- Reducción de costes sociales (bajas pacientes) y financieros (pagos por incapacidades).



## **F) Cultura abierta e imparcial (justa)**

**Abierta** respecto a: hablar con colegas y supervisores acerca de eventos adversos. Debe considerarse a los pacientes + personal + público cuando suceden eventos adversos y para explicar lecciones aprendidas.

**Justa** en su trato y apoyo al personal cuando sucede un evento adverso.

Disipa dos mitos:

Perfección: «si se intenta algo con empeño, no habrá errores».

Castigo: «castigando a quien comete errores, reducimos su número».

**Responsable** de sus actos.

### **Elementos necesarios.**

Conocer la cultura actual antes de cambiarla.

Potenciar el entendimiento de seguridad del paciente y explicitar beneficios.

**Liderazgo** que:

Promueve aprender de seguridad del paciente eventos y potenciar su comunicación.

Actúa gestionando riesgos proactivamente.

- Asegurar que eventos se tratan de forma imparcial y se aprende.
- Publicitar la gestión de eventos adversos.
- Dar feedback e informar a pacientes.
- Sin obviar elementos disciplinarios en eventos graves, se contará con un enfoque a sistema.

## **DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La cultura de seguridad de acuerdo a la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos

## **RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD**

### **a) Frecuencia de eventos notificados**

Los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: se pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los usuarios rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los usuarios proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad.

Los sistemas de registro sirven para recopilar información tanto de eventos adversos como de incidentes y permiten aprender de los fallos que se detectan.

## **b) Percepción de seguridad**

La medición de la cultura de seguridad tiene como objetivo cuantificar las debilidades y fortalezas en cada subcultura, para favorecer las intervenciones de mejora, tanto de las percepciones y actitudes, como de los incidentes de seguridad 89

Diversos estudios han medido la percepción hacia la cultura de la seguridad, definida como un conjunto de elementos intangibles, de carácter subjetivo, que de todas formas dan como resultado manifestaciones y resultados tangibles. 90

## **COMPONENTES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD**

### **TRABAJO EN EQUIPO**

Trabajo en equipo consiste en proporcionar una asistencia sanitaria segura depende de individuos altamente capacitados con roles y responsabilidades diferentes que actúan juntos en los mejores intereses del paciente.

- **Trabajo en equipo dentro del área o servicio**

El trabajo en equipo debe ser eficiente dentro de la prestación de atención de salud, porque logra un impacto inmediato y positivo en la seguridad del paciente. La importancia de los equipos eficientes en la atención clínica están incrementándose debido a factores tales como: mayor incidencia de la complejidad y especialización en la atención, mayores comorbilidades, mayor incidencia de enfermedades crónicas, déficit de fuerza laboral, y las iniciativas para lograr una cantidad segura de horas de trabajo.

- **Trabajo en equipo entre las áreas o servicios**

Las barreras de comunicación a través de las jerarquías, falta de reconocimiento de la falibilidad humana, y la falta de conocimiento de la situación se combinan para causar un mal trabajo en equipo, lo que puede conducir a eventos adversos clínicos.

El trabajo en equipo de formación intenta minimizar el potencial de error mediante la formación de cada miembro del equipo para responder adecuadamente en situaciones agudas. por tanto, el trabajo en equipo de formación se centra en el desarrollo de habilidades de comunicación efectiva y un entorno más coherente entre los miembros del equipo, y en la creación de una atmósfera en la que todo el personal se siente cómodo hablando cuando creen que existe un problema. Los miembros del equipo están capacitados para realizar comprobaciones cruzadas de las acciones de los demás, ofrecer ayuda cuando sea necesario, y resolver errores de una manera imparcial para reflexionar y proporcionar información, sobre todo después de los incidentes críticos.

La formación del trabajo en equipo también hace hincapié en el papel de los factores humanos, por ejemplo, los efectos de la fatiga, previstos o previsibles errores de percepción (como monitores o mala interpretación de instrucciones), y el impacto de los diferentes estilos de gestión y culturas organizacionales.

## **COMUNICACIÓN**

- **Grado de apertura de la comunicación**

La buena comunicación facilita los procesos de planificación, toma de decisiones, resolución de problemas y establecimiento de objetivos, además de promover la responsabilidad compartida en la asistencia al

paciente. La colaboración que se obtiene mediante la cooperación y comunicación se traduce en resultados positivos para el paciente. "Las instituciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza". La confianza es el fruto de las relaciones sinérgicas que surgen de interacciones respetuosas entre personas que mantienen canales de comunicación abiertos. Si bien es cierto que la comunicación no puede ser impuesta ni surge simplemente de la creación de una determinada infraestructura organizativa, también lo es que la cultura de una organización puede impedir o mejorar la colaboración mediante la creación de un determinado entorno; facilitando así un alto grado de apertura de la comunicación.

- **Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad.**

En cuanto a la comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad, tener un área de seguridad designada en todas las unidades del departamento y la atención al paciente demuestra el compromiso de la organización con la seguridad y puede hacer que otros miembros del personal se sientan más cómodos compartan información y realicen preguntas.

## **GESTION /DIRECCION**

- **Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.**

Es un proceso dinámico de creación de conocimiento que se genera en el seno de la organización a través de los individuos que la integran y los grupos que ellos conforman, dirigido a la generación y desarrollo de competencias que permitan a la organización mejorar su actuación y resultados.

La seguridad se ha descrito como el resultado final de un proceso de aprendizaje organizativo en el que participan todos los elementos de una institución que trabaja de forma colectiva en la consecución de este fin. Una organización de aprendizaje es aquella con capacidad para crear, adquirir y transmitir conocimientos, y para modificar sus comportamientos de modo que reflejen los nuevos conocimientos e ideas. Las organizaciones con mayor capacidad para aprender son aquellas que mantienen una mentalidad abierta y un sentido de la curiosidad, y que asumen que siempre hay algo que aprender debido a las incertidumbres, complejidades e inseguridades que caracterizan sus entornos de trabajo. Uno de los objetivos de una organización de asistencia sanitaria comprometida con el aprendizaje debe ser mejorar el equilibrio entre conocimiento científico y práctica clínica".

- **Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.**

Respecto a la suficiencia y disponibilidad de personal, constituye el contingente de personal que tiene una organización de salud para la realización de sus actividades.

El análisis de la dotación de personal (su composición, distribución, rendimiento y suficiencia) en un establecimiento de salud resulta altamente complejo, sea que se trate de una institución aislada o de un sistema mayor. No obstante, los gestores de salud, cualquiera que sea su nivel de responsabilidad (nacional, de redes locales o de establecimientos o servicios clínicos o administrativos), a la hora de adoptar decisiones deben considerar los aspectos de

- Obtener información que permita definir la previsión de personal requerido para alcanzar determinadas coberturas poblacionales y satisfacer en forma efectiva las necesidades de salud de la población

- Definir estándares o criterios de referencia para valorar la disponibilidad actual.
- De gestión, se relaciona con el trabajo concreto que desarrolla el personal de determinado establecimiento. Se trata de establecer si, para realizar la misma cantidad de actividades que lleva a cabo hoy la institución, el tiempo de personal disponible resulta suficiente, insuficiente o más que suficiente, luego de haber revisado y optimizado los principales procesos que requieren esas actividades.

Estas tres perspectivas: de necesidades de la población, de estándares nacionales y de requerimientos de personal con arreglo a los procesos de trabajo, son complementarias.

- **Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.**

La mejora de la seguridad debe ser nuestra aspiración máxima, específica y declarada, empezando por la alta dirección de las organizaciones. Las investigaciones indican que cuanto mayor es el grado de compromiso de los dirigentes con la mejora de la seguridad y de los procesos, mayor es también el compromiso del resto de las fuerzas de trabajo. Esto a su vez tiene una influencia positiva en el rendimiento de los empleados y en la prevención de incidentes adversos. El compromiso visible incluye la aportación de recursos humanos y financieros adecuados en un esfuerzo sostenido por la seguridad. Los comportamientos deseados se suelen adquirir a través de la emulación de los comportamientos observados en otros y a partir de los mensajes implícitos que transmiten información sobre lo correcto o no de determinados comportamientos. De modo que, si existe un compromiso expreso con la seguridad dentro de la organización que se hace patente en las acciones de los dirigentes, en el entorno de trabajo

y en los comportamientos de sus miembros, es más probable que se establezca una mentalidad receptiva a la seguridad y que se apliquen por tanto prácticas de trabajo más seguras

## **SUPERVISION**

- **Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal.**

Los mayores obstáculos a una discusión abierta de los errores son el miedo y la vergüenza asociados al hecho de hacer públicos los errores y la escasa confianza en que su revelación vaya a generar medidas de mejora continua de la calidad, y no amonestaciones. La necesidad de buscar el culpable y aplicar castigos está muy enraizada en el tejido social; aunque los miembros de una organización consigan asimilar intelectualmente una orientación no punitiva del sistema, la tendencia a buscar culpable y aplicar un castigo hace que ésta quede anulada frente a situaciones difíciles. Asociamos la comisión de una error a un culpable, porque esas son sus connotaciones sociales: el acto de cometer un error se asocia a la persona que lo realiza, y por ello dicha persona es culpable. El primer paso para configurar una nueva mentalidad cultural debe ser la adopción de un nuevo lenguaje que secunde los esfuerzos de seguridad del paciente y elimine la culpabilidad.<sup>100</sup> Berwick sugiere que las organizaciones empiecen desplazando su foco de atención desde el error a la prevención de daños, que señale al paciente como la meta de estos esfuerzos y deje de lado la búsqueda del culpable.<sup>(92)</sup>

Además del comprensible miedo al castigo, el mayor temor de las personas es el sentimiento de vergüenza que experimentarían al admitir los errores en presencia de sus colegas. Los más sensibles a los sentimientos de vergüenza son también los más propensos a omitir esta información y a no discutirla con sus compañeros. Una explicación



plausible de la ocultación de información sobre errores es el aislamiento que sienten los miembros de una organización cuando suponen que son los únicos que cometen errores. Si no existe una atmósfera de transparencia para admitir la existencia de errores, puede que tampoco exista conciencia de que los demás también los cometen. Es responsabilidad de los directivos establecer una política explícita que promueva el hablar sobre los problemas de seguridad neutralizando la estructura jerárquica de poder.

- **Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno.**

Situaciones que implican la seguridad del paciente en los cambios de turnos, aumentan el riesgo de eventos adversos y debe incitar al personal a ser más consciente de la seguridad de lo habitual. Los ejemplos incluyen pacientes con el mismo apellido, ensayos de nuevos equipos y protocolos de investigación. La identificación de estas situaciones de alto riesgo y llevarlos a la atención de todos los miembros del personal al comienzo de cada turno disminuye la probabilidad de errores y eventos adversos. Algunas pautas a tener en cuenta incluyen:

- Hacer que la persona a cargo de la unidad o área sea responsable de recoger y transmitir la información de cada turno de trabajo.
- Compartir información de seguridad con el personal de otros departamentos que trabajan con pacientes en la unidad (por ejemplo, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, etc).

- **Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.**

Lograr la excelencia en seguridad es un asunto sobre todo de creación de relaciones. Los líderes que obtienen los resultados más satisfactorios en la adopción de una cultura de seguridad son los que se basan en la confianza y la credibilidad entre los miembros de la organización, elementos que favorecen el compromiso con la visión de la misma. El modo en que los jefes se enfrentan cada día a los problemas y muestran su nivel de compromiso con la organización y con sus miembros influye en su credibilidad y en el nivel de confianza del que se hacen merecedores.

En tanto deben:

- Disponer de información: los directivos deben tener conocimiento sobre cuáles son los problemas de seguridad.
- Definir una dirección: los responsables deben esforzarse por establecer una visión y objetivos que sean significativos para los miembros de la organización y con los que éstos se sientan identificados.
- Generar interés: aquello a lo que dirigen sus energías los directivos se verá reforzado en la cultura. Los líderes deben “predicar con el ejemplo” y demostrar con sus actos que la seguridad es una prioridad corporativa.
- Desarrollar capacidades: los directivos deben asignar recursos al desarrollo de competencias a través de distintos medios, entre los que se incluyen la capacitación sobre seguridad, el desarrollo de habilidades y la formación de equipos.
- Crear sentido de la responsabilidad: los líderes deben mostrar primero su sentido de la responsabilidad antes de esperar recibirlo de los demás. Esto requiere el desarrollo de planes de acción en toda la organización, incluyendo a sus directivos, y un seguimiento rutinario de las acciones que se llevan a cabo.

## **2.2.4 ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO**

La enfermería es una profesión humanista, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio. Sus fundamentos dan sustento a una práctica, profundamente humanista, que ha evolucionado con el avance científico-técnico. Acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de la sociedad. Así, la calidad se ha convertido en un elemento esencial de los servicios de salud.

Al implementarse una política de seguridad del paciente en una organización se logran procesos de atención más seguros y se protege al paciente de riesgos que se pueden evitar o mitigar. La seguridad del paciente tiene un efecto multiplicador; una organización que vive un clima de seguridad al proporcionar la atención médica, tendrá personal motivado y orgulloso de pertenecer a ella y apropiado de conductas seguras.

En este clima de seguridad para el paciente dentro de una organización con personal comprometido es fundamental el cumplimiento de dos condiciones muy importantes: la aceptación de la condición humana que comete errores y no es perfecta y la disposición para el cambio de conductas y actitudes. Solo si se cumplen estas condiciones, estaremos ante organizaciones de salud preparadas para el reto de atención segura.

Con la implementación de políticas de seguridad del paciente se busca la reforma de la atención para lograr calidad superior y eliminación o corrección de prácticas inseguras y poco económicas dentro de la organización. También busca que los pacientes y sus familias se involucren en la atención y participen activamente en ella, brindándoles información suficiente y participación en el proceso que los llevara hacia su recuperación.

### **2.2.5 HACIA UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Los sistemas de atención en salud se deben concebir de forma que permitan reducir a un mínimo los riesgos a los que están expuestos los paciente; en este orden de ideas es fundamental el cambio de la organización hacia una cultura de seguridad para el paciente que incluye tener funcionarios competentes y preocupados por el tema, la disminución de barreras estructurales, la formación en el liderazgo, la evaluación constructiva y no punitiva y la inclusión de todo el personal.

Esa cultura lleva a tener instituciones inteligentes, que identifican problemas, definen estrategias de prevención y adquieren habilidades para aprender de los errores. Esto se traduce en un cambio hacia prácticas adecuadas y reevaluación constante que resulta en organizaciones que trabajan con calidad. Para que la organización adquiriera una cultura de seguridad para el paciente se deben hacer mejoras en las siguientes actividades: sistemas de registro e información, análisis de los procesos y la implicación de los propios pacientes en el proceso.

## **2.3 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS**

### **CULTURA DE SEGURIDAD EN ENFERMERIA:**

Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamientos individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización.

### **ENFERMERAS:**

Es el personal que tiene la licenciatura en enfermería que labora en el Hospital Nacional Dos de Mayo como mínimo 1 año, y que desarrolla las

diferentes funciones encomendadas en el servicio de Centro Quirúrgico. y Recuperación Post anestésica.

**PACIENTE:**

Es la persona que recibe atención sanitaria, de tipo quirúrgica en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

**CENTRO QUIRÚRGICO:**

Es el conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad.

**RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA:**

Es el área donde se recibe a los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica y que estando bajo el efecto anestésico necesitan una vigilancia permanente hasta que el paciente recupere su estado de conciencia.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que nos permite cuantificar y medir numéricamente las variables, de nivel aplicativo, método descriptivo considerando que se estudia a la variable tal como se presenta en la realidad, y de corte transversal porque la información se obtiene en un determinado espacio y tiempo.

#### **3.2 LUGAR DE ESTUDIO**

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Nacional Dos de Mayo, cuya ubicación es Parque "Historia de la Medicina Peruana" s/n Alt. Cdra. 13 Av. Grau - Cercado de Lima - Lima. Su infraestructura se caracteriza por estar construido con material noble, dividido según los servicios que brindan.

El Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación está conformado por:

- Centro Quirúrgico Central, que consta de 08 quirófanos operativos, en el que se realizan intervenciones quirúrgicas de neurocirugía, cirugía general, cirugía de tórax y cardiovascular, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de traumatología, cirugía urológica y ginecológica y otras especialidades. Además cuentan con un almacén estéril para el instrumental y la ropa quirúrgica, proveyendo a los quirófanos externos. Recuperación Central se ubica al lado, siendo el área donde se recepcionan a los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica y que están bajo el efecto anestésico.

- Quirófanos de emergencia, ubicados en el servicio de Emergencia, consta de 02 quirófanos; y se realizan cirugías de emergencia en las diferentes especialidades. Recuperación de Emergencia se ubica también a lado de sala de operaciones.
- Quirófanos de obstetricia, ubicados en sala de partos, cuenta con 02 quirófanos; y también cuenta al lado con Recuperación de Obstetricia.

### **3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de referencia está constituida por 45 enfermeras que trabajan en los servicios de Centro quirúrgico (C.Q. central, de emergencia y sala de obstetricia) ; y de Recuperación ( R.central , de emergencia y de obstetricia)

### **3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Enfermeras que trabajan en el servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación.

### **3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Enfermeras que laboran más de 3 meses en el servicio de centro quirúrgico y Recuperación.
- Enfermeras que completen el instrumento.

### 3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Enfermeras que no deseen participar en el estudio.
- Enfermeras ausentes debido a licencias (enfermedad, vacaciones).

### 3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica es la encuesta, el instrumento consta de un cuestionario autoadministrado, con preguntas según escala de likert, el cual fue adaptada a su versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y la Universidad de Murcia sobre la seguridad del paciente **Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)** tomada de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ de Estados Unidos que mide la cultura de las organizaciones.

Este cuestionario agrupa un total de 12 dimensiones de evaluación. El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto, según se explica a continuación:

RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	
Frecuencia de eventos notificados	Preguntas: 40, 41, 42
Percepción de seguridad	Preguntas: 10,15,17, 18
TRABAJO EN EQUIPO	
Trabajo en equipo dentro del área o servicio.	Preguntas:1, 3, 4, 11
Trabajo en equipo entre las áreas o servicios.	Preguntas: 24, 26, 28, 32



COMUNICACIÓN	
Grado de apertura de la comunicación	Preguntas: 35, 37, 39
Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad.	Preguntas: 34, 36, 38
GESTION / DIRECCION	
Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.	Preguntas: 6, 9, 13
Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.	Preguntas: 2, 5, 7, 14
Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.	Preguntas: 23, 30, 31
SUPERVISION	
Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal.	Preguntas: 8, 12, 16
Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno.	Preguntas: 25, 27, 29, 33
Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.	Preguntas: 19, 20, 21, 22

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. De forma general las respuestas de la encuesta se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema:

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Con esta codificación se calculan las frecuencias relativas de cada categoría, tanto para cada uno de los ítems, como del indicador compuesto de cada dimensión.

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones, se calculan aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Para clasificar una dimensión como **fortaleza** se emplean los siguientes criterios:

- $\geq 75\%$  de respuestas positivas (“de acuerdo / muy de acuerdo”), a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$  de respuestas negativas (“en desacuerdo / muy en desacuerdo”), a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar una dimensión como **oportunidad de mejora** se emplean los siguientes criterios:

- $\geq 50\%$  de respuestas negativas (“en desacuerdo / muy en desacuerdo”), a preguntas formuladas en positivo.

- $\geq 50\%$  de respuestas positivas (“de acuerdo / muy de acuerdo”), a preguntas formuladas en negativo.

Adicionalmente presenta una pregunta sobre valoración general de seguridad del paciente en el servicio, según escala: excelente, muy bueno, aceptable, pobre y malo, la calificación global del clima de seguridad.

#### ANEXO 1

En el Perú, el Ministerio de Salud, y el USAID (Agencia norteamericana de cooperación internacional) a través de la ejecución del proyecto “Infecciones Zero” 2010-2012 aplicaron el cuestionario de cultura de seguridad en hospitales nacionales como el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Instituto Nacional de Salud del Niño; hospitales de ESSALUD, FAP, y en el sector privado, como parte del plan de seguridad integral; el cual fue adaptado a los servicios y/o unidades de cuidados intensivos y correspondientemente validado para su aplicación en el Perú.

Para la validez del instrumento se realizó el juicio de expertos contándose con 8 especialistas en el área de enfermería para su aprobación. El valor tiene un  $p < 0.05$ ; por lo tanto existe concordancia, y es significativo.

#### ANEXO 2

La confiabilidad del instrumento fue realizado a través de la prueba de Alfa de Combrach; evaluando la fiabilidad de cada una de sus dimensiones con valores  $> 0.6$  aceptable,  $> 0.7$  buena,  $> 0.8$  excelente.

### **3.7 PROCEDIMIENTOS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION**

Los datos fueron procesados a través del programa SPSS 22, y Excel, sistematizados según pruebas estadísticas, con promedios estadísticos, desviación estándar y porcentajes; elaborando previamente tablas de códigos y tabla matriz, así mismo se presentaran los resultados en gráficos.

En cuanto a la interpretación de los datos, se realizó considerando el marco teórico correspondiente, contrastando con análisis crítico.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Después de recolectar los datos a través de los cuestionarios de cultura de seguridad del paciente, estos fueron procesados y presentados en gráficos para su respectivo análisis e interpretación considerando la base teórica.

#### **DATOS GENERALES**

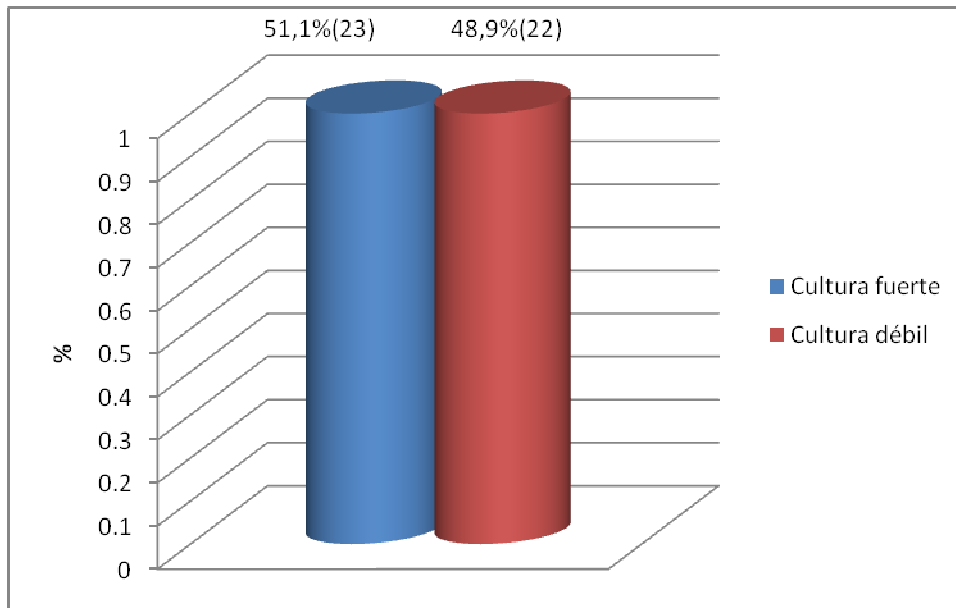
La población total fue de 45 enfermeras quienes aceptaron participar del estudio, que hacen el 100%. Sus edades oscilan entre los 26 y 55 años de edad, y vienen laborando entre los 6 meses hasta los 10 a 15 años en algunos casos. A continuación se presentan los resultados, los que fueron analizados teniendo en cuenta las frecuencias de respuestas para cada una de las dimensiones de cultura de seguridad; los que serán presentados en gráficos para tener un análisis más detallado.

#### **4.1 RESULTADOS**

##### **4.1.1 CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERAS**

En el GRAFICO N° 1, en relación a la Cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo, se observa que del 100%(45), el 51,1%(23) tienen una cultura fuerte, mientras que un 48,9%(22) tienen una cultura débil.

**GRAFICO N°1**  
**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LAS ENFERMERAS QUE**  
**LABORAN EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO Y RECUPERACION**  
**DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA.2015**



**FUENTE:** CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2015

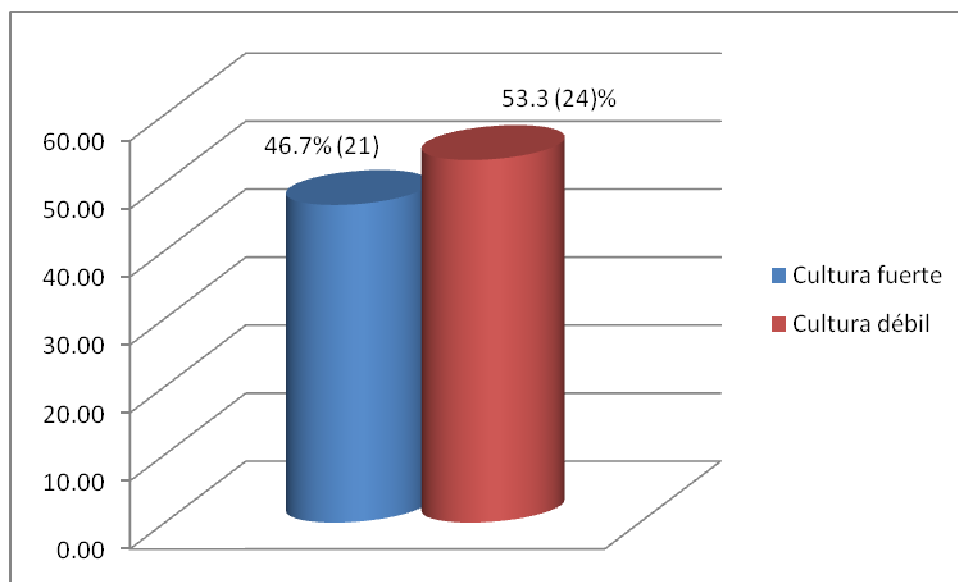
Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Un factor importante en cualquier enfoque sobre la seguridad, es la conciencia que tenga el personal, los equipos de trabajo y toda la organización acerca de sus propios niveles de seguridad. Esos niveles pueden identificarse mediante un proceso anual de evaluación del riesgo y en base a la información que proporciona, llevar a cabo acciones para reducir los riesgos encontrados.

Una cultura de seguridad fomenta un entorno de trabajo donde se toman en consideración y se reconocen los diversos factores que contribuyen a un incidente, así como los sucesos que le preceden. Ante ello podemos decir que las enfermeras aun no valoran el grado de seguridad del paciente en su mayoría, como muy bueno y excelente. Por ello es necesario seguir implementando estrategias que den apertura a la mejora continua de la seguridad del paciente.

#### **4.1.2 COMPONENTES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Para la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud, se han identificado componentes direccionales entre los que destacan principalmente la percepción sobre la seguridad del paciente referida por el personal de enfermería, que forman parte fundamental de la cultura de seguridad.

**GRAFICO N°2**  
**PERCEPCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LAS ENFERMERAS QUE**  
**LABORAN EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO Y RECUPERACION**  
**DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA-PERU. 2015**



**FUENTE:** CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2015

En el GRAFICO N°2, respecto a la percepción de seguridad de las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo; podemos observar que del 100%(45) de enfermeras encuestadas, el 53.3%(24) perciben la seguridad del paciente como una cultura débil por lo tanto con oportunidad de mejora; mientras que solo el 46.3%(21) del total de enfermeras perciben una cultura

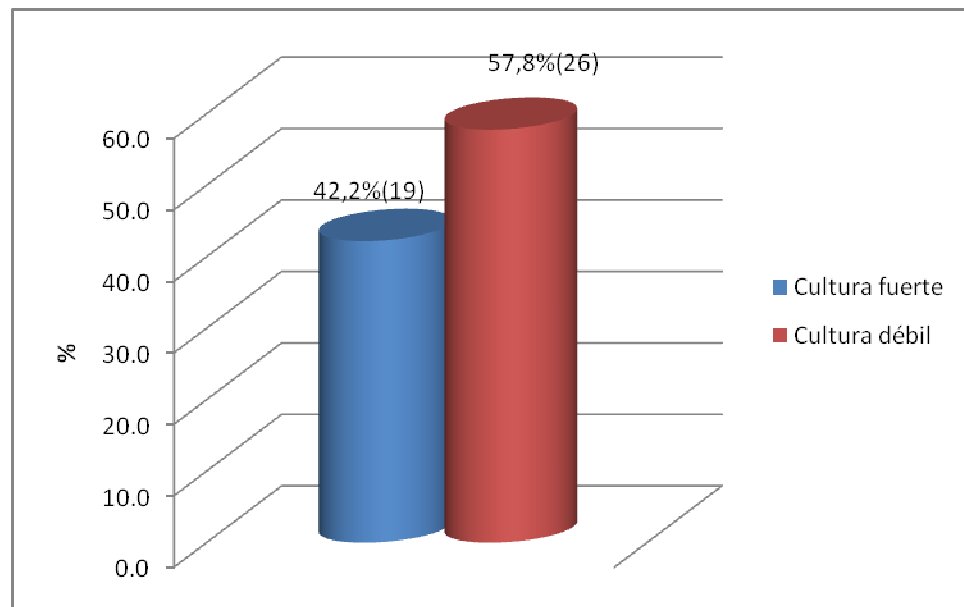


fortalecida, que implica prioridad para la seguridad del paciente y efectividad de los procedimientos.

La Percepción de la cultura de seguridad del paciente como una cultura fuerte implica el grado en que los procedimientos y sistemas son buenos a la hora de prevenir errores y no existen problemas de seguridad del paciente, por ello es importante que se incluyan estrategias para que el personal tenga una cultura fuerte respecto a la percepción de seguridad, y si se encuentra débil, esta constituya una oportunidad de mejora.

Frente a ello, también es importante tener en cuenta el punto de vista de los pacientes. Hernandez<sup>20</sup>, concluye que al 71% de los pacientes “les preocupa mucho” sufrir errores en la atención. En tanto, teniendo en cuenta la percepción de seguridad desde esta óptica, permitirá a las enfermeras tomar estrategias que permitan la mejora continua.

**GRAFICO N°3**  
**FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS EN LA CULTURA DE SEGURIDAD**  
**DEL PACIENTE POR LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE**  
**CENTRO QUIRURGICO Y RECUPERACION DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE**  
**MAYO LIMA. 2015**



**FUENTE:** CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2015

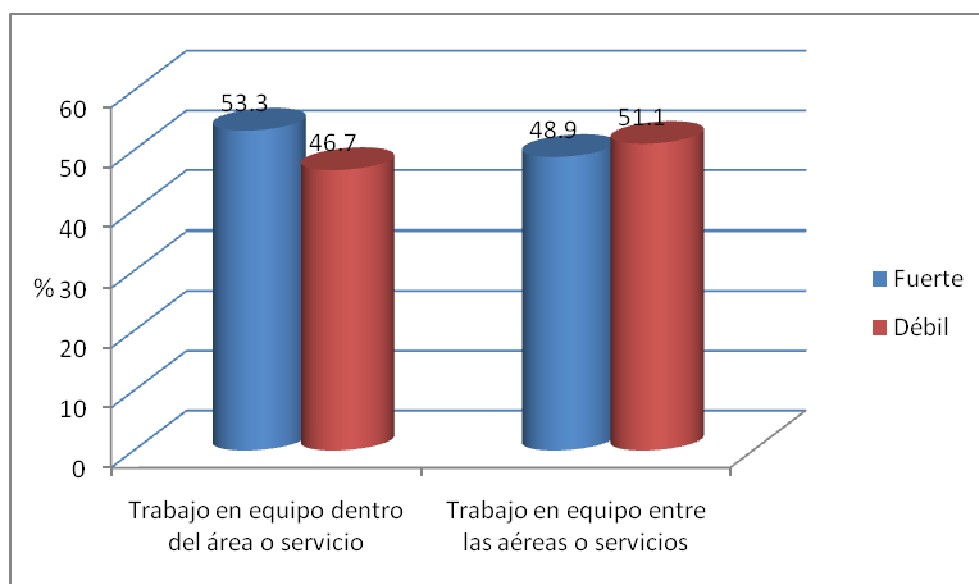
En relación a la frecuencia de eventos notificados por las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo; en el GRAFICO N°3, se observa que del 100%(45) de enfermeras encuestadas, el 57,8%(26) de enfermeras refieren que tienen una cultura débil, mientras que el 42,2%(19) refieren que tienen una cultura fuerte respecto a la frecuencia de eventos notificados.

La frecuencia de eventos notificados comprende el grado en que se notifican los siguientes errores: errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, errores sin daño potencial para el paciente y errores que podían haber provocado daño al paciente pero no lo hicieron. (Lo que se busca es prevenir los errores que afectan directamente al paciente). Teniendo en cuenta ello, podemos decir que las enfermeras en mayor porcentaje refieren que se no se reportan los eventos adversos, esta es una situación preocupante porque a medida que no se reporta, se tiene mayor probabilidad de seguir cometiendo los mismos errores sin la venia de poder corregirlos a tiempo.

El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal sanitario involucrado. Todos los incidentes están también relacionados con el sistema en que las personas están trabajando.

Entre las diversas teorías que se han formulado para explicar el porqué de los accidentes, destaca la de Reason que propone la existencia de factores latentes en las organizaciones, que al coincidir en un momento dado, pueden producir los accidentes. Frente a ello se deben tomar las medidas necesarias para evitar los errores que se presentan.

**GRAFICO N°4**  
**TRABAJO EN EQUIPO EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR**  
**LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CENTRO**  
**QUIRURGICO Y RECUPERACION DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**  
**LIMA. 2015**

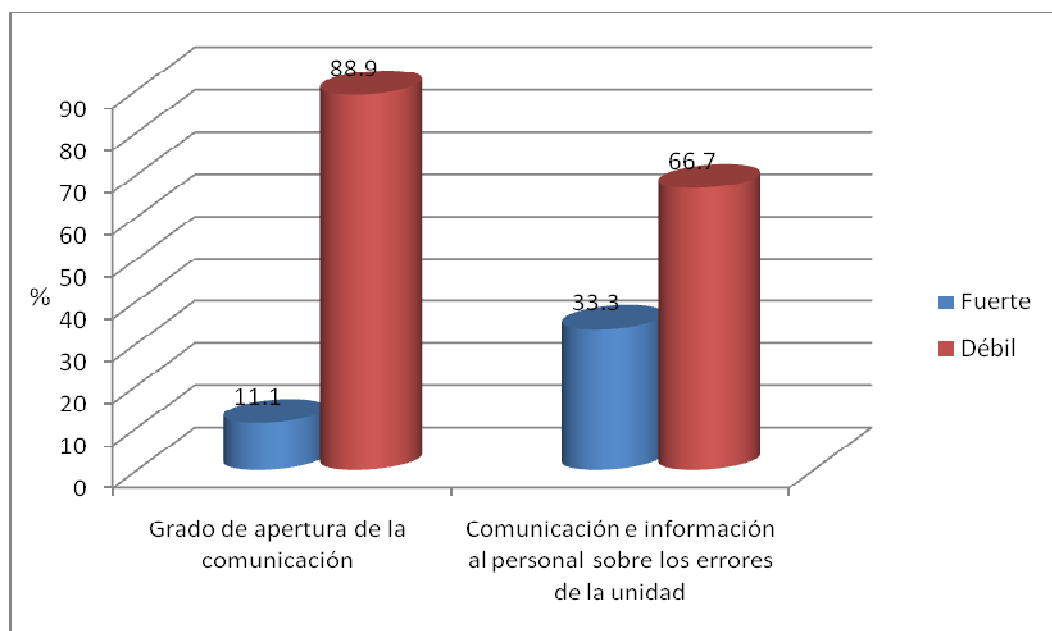


**FUENTE:** CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2015

En relación al trabajo en equipo en la cultura de seguridad de las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo; en el GRAFICO N°4, se observa que del 100%(45) de enfermeras encuestadas, respecto al “Trabajo en equipo dentro del área o servicio” se aprecia una cultura fuerte con el 53.3%(24), mientras que el 46.7%(21) denota una cultura débil. En tanto con un 51.1%(23) se aprecia que hay una cultura débil respecto al “Trabajo en equipo entre las áreas o servicios” en comparación al 48.9%(22) que responde a una cultura fuerte.

El trabajo en equipo en los profesionales de la salud requiere del desarrollo de habilidades de comunicación efectiva y un entorno más coherente entre los miembros del equipo, y en la creación de una atmósfera en la que todo el personal se siente cómodo hablando cuando creen que existe un problema y así puedan resolver errores de una manera imparcial para reflexionar y proporcionar información, sobre todo después de los incidentes críticos.

**GRAFICO N°5**  
**COMUNICACIÓN EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR**  
**LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CENTRO**  
**QUIRURGICO Y RECUPERACION DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE**  
**MAYO LIMA. 2015**

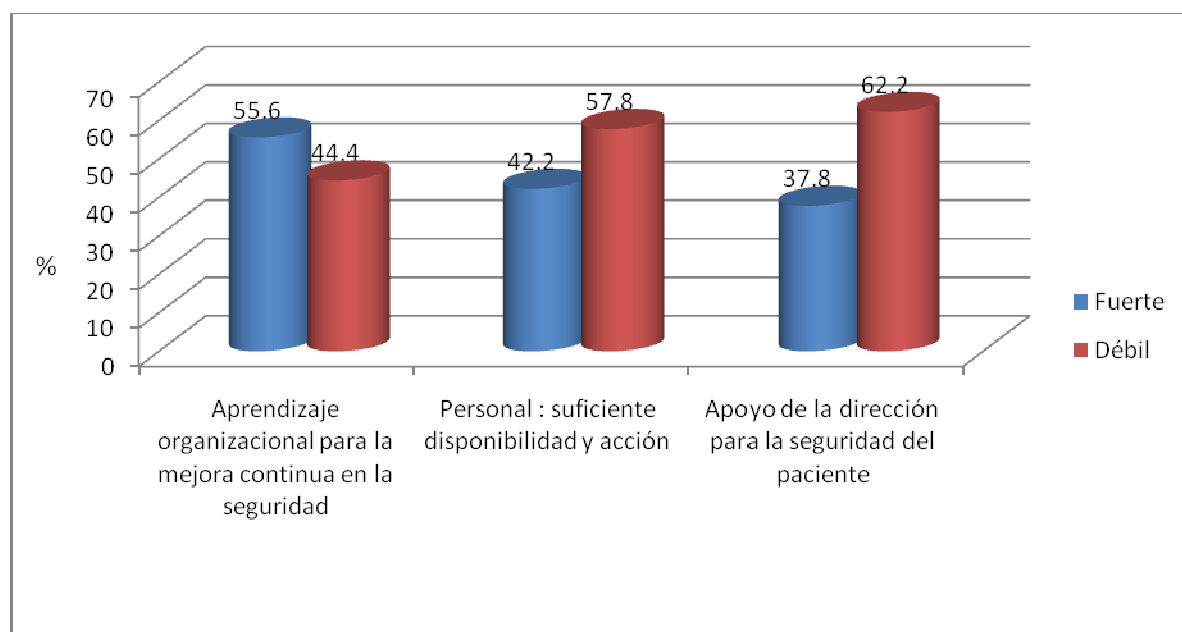


**FUENTE:** CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2015

En relación a la Comunicación en la cultura de seguridad de las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo; en el GRAFICO N°5 se observa que del 100%(45) de enfermeras encuestadas, respecto al “Grado de apertura de la comunicación” se observa mayoritariamente que existe una cultura debil con un 88.9% (40). Asi mismo se observa un panorama similar respecto a la “Comunicación e informacion al personal sobre los errores de la unidad” con el 66.7%(30), que denota tambien una cultura debil.

La falta de comunicación entre los profesionales de la salud, trae muchas repercusiones en la asistencia sanitaria, afectando los procesos de planificación, toma de decisiones, resolución de problemas y establecimiento de objetivos, además de no compartir la responsabilidad de asistencia y cuidado al paciente.

**GRAFICO N°6**  
**DIRECCION Y GESTION EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR**  
**LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CENTRO**  
**QUIRURGICO Y RECUPERACION DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**  
**LIMA. 2015**



**FUENTE:** CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2015

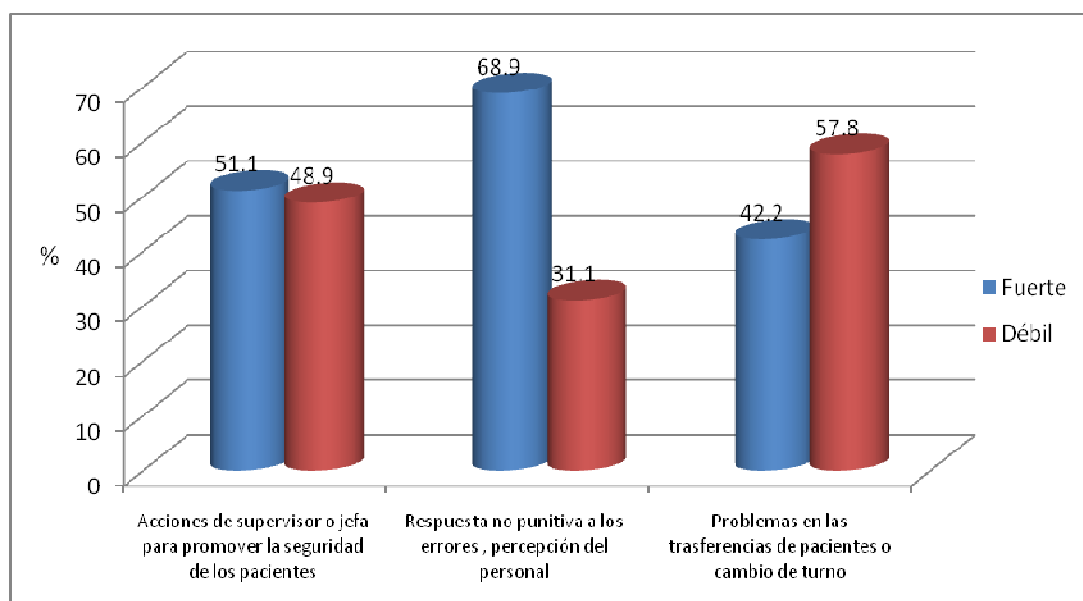
En relación a la Dirección y Gestión en la cultura de seguridad de las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo; en el GRAFICO N°6 se observa que del 100%(45) de enfermeras encuestadas, respecto al “Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad” se aprecia que existe una cultura fuerte mayoritariamente con el 55.6% (25). Mientras que respecto al “Personal: suficiencia, disponibilidad y acción” y al “Apoyo de



la dirección para la seguridad del paciente” se observa mayoritariamente que existe una cultura débil con el 57.8% (26) y el 62.2% (28).

En la dirección y gestión consideramos tres aspectos importantes: el aprendizaje organizacional, en el que participan todos los elementos de una institución que trabaja de forma colectiva teniendo como resultado final la seguridad. Así también, la suficiencia y disponibilidad de personal, constituye el contingente de personal que tiene una organización de salud para la realización de sus actividades. Y por último el apoyo de la dirección, se hace patente en las acciones de los dirigentes, en el entorno de trabajo y en los comportamientos de sus miembros, de tal manera que se establezca una mentalidad receptiva a la seguridad y que se apliquen por tanto prácticas de trabajo más seguras.

**GRAFICO N°7**  
**SUPERVISION EN LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR**  
**LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CENTRO**  
**QUIRURGICO Y RECUPERACION DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE**  
**MAYO LIMA. 2015**



**FUENTE:** CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2015

En relación a la Supervisión en la cultura de seguridad de las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo; en el GRAFICO N°7 se observa que del 100%(45) de enfermeras encuestadas, respecto a las "Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes" y "Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal" se observa una cultura fuerte con el 51.1% (23) y el 68.9% (31); mientras que en cuanto a los "Problemas en

las transferencias de pacientes o cambios de turno” se evidencia una cultura débil con el 57.8%(26).

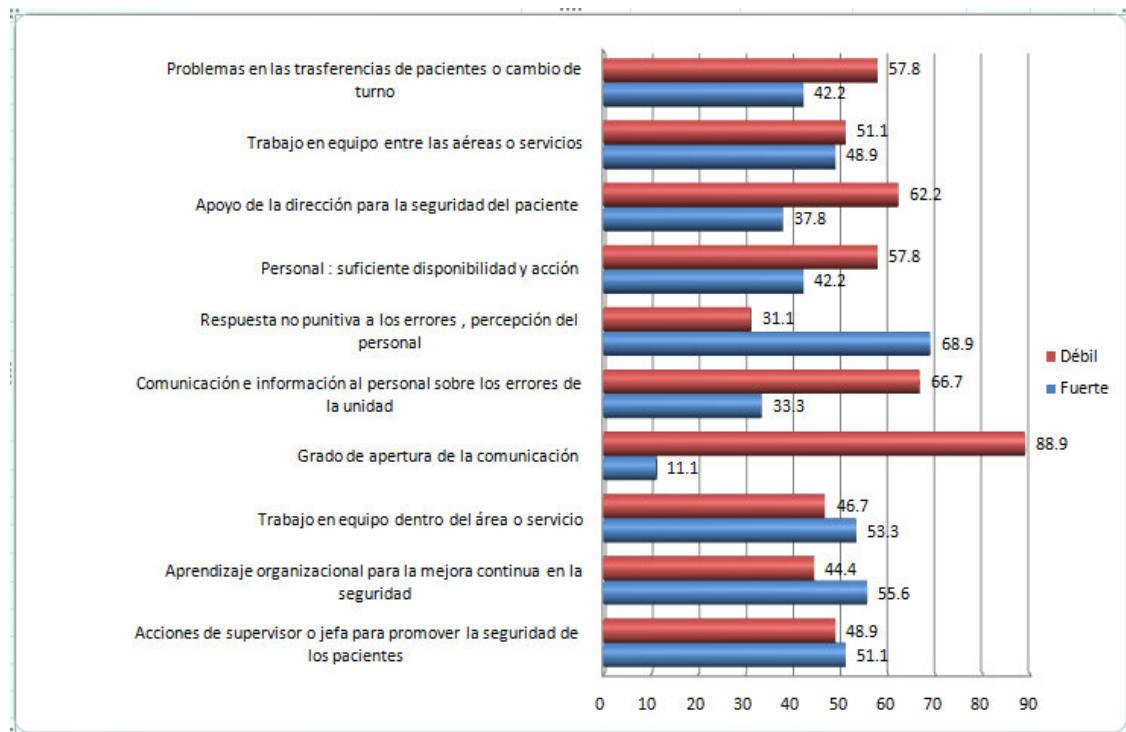
El hecho de hacer públicos los errores y la escasa confianza en que su revelación vaya a generar medidas de mejora continua de la calidad, y no amonestaciones, puede generar en los profesionales de la salud una percepción punitiva de los errores.

Aquellas situaciones que implican la seguridad del paciente en los cambios de turnos, aumentan el riesgo de eventos adversos y debe incitar al personal a ser más consciente de la seguridad.

Los líderes deben mostrar primero su sentido de la responsabilidad antes de esperar recibirlo de los demás. Esto requiere el desarrollo de planes de acción en toda la organización, incluyendo a sus directivos, y un seguimiento rutinario de las acciones.

**GRAFICO N°8**

**COMPONENTES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN  
ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO Y  
RECUPERACION DEL HNDM. LIMA.2015**



**FUENTE:** CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2015

En el GRAFICO N° 8, respecto a los componentes de la cultura de seguridad del paciente; podemos decir que del 100% de enfermeras encuestadas (45), en general los aspectos que obtuvieron respuestas positivas mayoritariamente son “Respuesta no punitiva a los errores” con el 68.9%, “Aprendizaje organizacional para la mejora continua” con el 55,6% y “Trabajo en equipo dentro del servicio” con el 53.3%

respectivamente; seguida del 51.1% correspondiente a las acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes.

Mientras que los que obtuvieron respuestas negativas, fueron en general el “Grado de apertura de la comunicación” con el 88.9%, así mismo la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad” llega al 66.7%. En tanto cabe indicar que también “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” obtuvieron el 57.8% cada uno respectivamente.

En lo referente, se puede decir que aquellos componentes que obtuvieron respuesta positiva mayoritariamente, son fortalezas de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería, las cuales deben ser reforzadas. En tanto aquellos dimensiones en que se obtuvieron respuestas negativas mayoritariamente se deben tomar las medidas y estrategias que implementen su mejora.

#### **4.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

La presente investigación, logra traducir las diversas Percepciones que tienen las enfermeras sobre la Seguridad del Paciente, refiriendo como un resultado general la aceptación mayoritaria de las entrevistadas por el enfoque de Cultura de Seguridad propuesta al inicio de la investigación, del que se han logrado identificar diversas respuestas en base a las dimensiones establecidas.

1. En relación a la Cultura de seguridad del paciente, se puede apreciar que a pesar de que hay una cultura de seguridad fuerte con un 51.1%, existe un alto porcentaje 48.9%, que denota que existe una cultura de seguridad débil, situación que exige tanto al personal de salud como a la institución en general, tomar en cuenta los diversos estándares institucionalizados por la OMS en el que se privilegia la importancia de valorar el grado general de seguridad en el paciente, considerando la “seguridad” como un principio fundamental de la atención al paciente y como un componente critico de la gestión de la calidad. Al mismo tiempo que es un factor relevante para cualquier enfoque si se habla sobre la seguridad; conformado además por la conciencia que tenga el personal, los equipos de trabajo y toda la organización en general, acerca de sus propios niveles de seguridad.

Esos niveles pueden identificarse mediante un proceso anual de evaluación del riesgo y en base a la información que proporciona, llevar a cabo acciones para reducir los riesgos encontrados.

Una cultura de seguridad fomenta un entorno de trabajo donde se toman en consideración y se reconocen los diversos factores que contribuyen a

un incidente, así como los sucesos que le preceden. Ante ello podemos decir que las enfermeras aun no valoran el grado de seguridad del paciente en su mayoría, como muy bueno y excelente. Por ello es necesario seguir implementando estrategias que den apertura a la mejora continua de la seguridad del paciente.

2. Respecto a la Percepción de la Seguridad en el Paciente, dimensión que tiene que ser valorada al encontrarse una cultura débil con más del 50%; convirtiéndose así en una oportunidad de mejora, reforzándola y/o aplicando estrategias, en la medida que ésta permite identificar si los procedimientos y sistemas integrados en el servicio son óptimos para prevenir errores que no repercutan en la seguridad del paciente. Asimismo, la institución de salud debe buscar estratégicamente mejoras continuas a nivel de notificación de errores, comunicación horizontal, y capacitación continua.

Dentro de esta situación, también es importante tener en cuenta el punto de vista de los pacientes. Hernandez<sup>20</sup>, concluye que al 71% de los pacientes “les preocupa mucho sufrir errores en la atención”, lo que se traduce en ciertos grados de inseguridad del paciente la ser atendido, situación por la cual, personal de salud como enfermeras deberían considerar para tomar medidas que permitan mejorar la atención del paciente dentro de la óptica de Seguridad.

3. Por otro lado, en relación a la Frecuencia de eventos notificados se aprecia una cultura débil; situación muy preocupante no solo para el servicio sino para la institución en general, porque a medida que no se reporta, se tiene mayores probabilidades no identificar los errores pasados

y los problemas causales conllevando a condiciones de repetir los mismos errores sin las medidas necesarias que corrijan y superen tales eventos.

cabe indicar que se refiere además a que estos eventos notificados corresponden también a los errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, a los errores sin daño potencial para el paciente, así como los errores que pudieron pero no provocaron esos mismos daños al paciente; lo que nos refleja que la principal finalidad de mejorar la frecuencia de estos eventos notificados responden a un carácter preventivo de daños y/o perjuicios en la seguridad del paciente, que se intenta superar tras sus anotaciones, reportes y comunicados por parte del personal encargado.

Cabe resaltar la importancia de esta dimensión, además porque la noción de Seguridad se encuentra comprendida dentro del enfoque de Sistema, condición que no permite vincular, exclusiva e individualmente al personal de salud involucrado sino a todo el personal en general que participa en las acciones del servicio de salud en la institución.

En este sentido, las teorías de Reason -dentro de las explicaciones del porqué de los accidentes- nos llama a tomar interés sobre la existencia de factores latentes en las organizaciones, las mismas que al coincidir en un momento dado, pueden producir los accidentes; situación que nos refiere como institución/sistema y nos compromete a todos como conjunto a tomar las medidas preventivas adecuadas para evitar los errores futuros que repercutan en accidentes.



4. Respecto a las fortalezas y debilidades de los componentes de la Cultura de Seguridad del paciente; podemos notar que en cuanto a las dimensiones que tienen respuestas positivas mayoritariamente son “Respuesta no punitiva a los errores”, “Aprendizaje organizacional para la mejora continua”, “Trabajo en equipo dentro del servicio” y “las acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes”; mientras que las dimensiones cuyas respuestas fueron negativas, se observa que el “Grado de apertura de la comunicación” obtuvo el mayor porcentaje, así mismo la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” .

-Respecto al Grado de apertura de la comunicación, los resultados muestran que hay una cultura débil, en la medida que no se respetan y permiten a las participaciones verbales de los profesionales, cuando observan dificultades y/o situaciones que afectan negativamente al paciente, comunicándolo a otros profesionales responsables de mayor autoridad. De lo que podemos decir que, aún existen grandes trabas para una comunicación más horizontal, asertiva, honesta y no punitiva, situación difícil que debe atender la dirección de la institución en general, proponiendo medidas de comunicación interna más eficaces que repercutan en una mayor apertura de comunicación interpersonal y entre profesionales, que favorezca además consecuentemente a la seguridad del paciente y su servicio en general.

-Respecto a la Comunicación e información al personal sobre los errores en el servicio, se puede sostener que la mayoría de enfermeras refieren que en su servicio la mayoría de los profesionales no son informados de los errores que ocurren, de los cambios implementados y las medidas para

prevenir tales errores. Por lo que nuevamente incidimos en la importancia de mejorar los niveles de comunicación interna dentro del personal de la institución y de la misma manera buscar las medidas más eficaces de acuerdo a cada área y servicio específico que favorezca directamente al paciente y su seguridad.

-Y en relación al “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” , son dos dimensiones en las que se debe incidir para su pronto manejo, ya que constituyen problemas cotidianos durante la atención del paciente, y que por lo tanto influyen en gran medida en la seguridad del paciente.

Es así, que debe dotarse de personal profesional de enfermería para la atención directa del paciente en sala de operaciones (enfermera instrumentista y enfermera circulante), especialistas que brinden cuidados con calidad a los pacientes. Y cumpliendo con las normativas vigentes que velan por la seguridad del paciente, como la “Lista de verificación de cirugía segura”, el que debe ejecutarse en los tiempos establecidos. Además se debe motivar al personal para que ellos sean partícipes de la mejora continua en la seguridad del paciente.

También es necesario difundir los protocolos de atención aprobados por la institución a todo el personal, y en los diferentes servicios; para que los cuidados de enfermería sean de forma continua. Así mismo la supervisión de enfermería, el análisis de las trabas en las transferencias de los pacientes, la mejora continua del reporte y las notas de enfermería, constituyen herramientas importantes durante la atención del paciente, que garantizan la seguridad del paciente.

En tanto, aquellas dimensiones que obtuvieron respuesta positiva mayoritariamente, son fortalezas de la cultura de seguridad del paciente

en el personal de enfermería, las cuales deben ser reforzadas. En tanto aquellas dimensiones en que se obtuvieron respuestas negativas mayoritariamente deben ser temas atendidos por la institución internalizando las grandes repercusiones negativas que pueden generar en la seguridad del paciente; con la finalidad de lograr una toma de decisiones que mejoren las medidas y estrategias implementadas dentro del enfoque de mejora continua para la seguridad. Finalmente, cabe precisar que, en las dimensiones que evalúan la cultura de seguridad del paciente se obtuvieron respuestas positivas y negativas, que delimitaran si una cultura es débil o fuerte según los porcentajes obtenidos.

Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Un factor importante en cualquier enfoque sobre la seguridad, es la conciencia que tenga el personal, los equipos de trabajo y toda la organización acerca de sus propios niveles de seguridad. Esos niveles pueden identificarse mediante un proceso anual de evaluación del riesgo y en base a la información que proporciona, llevar a cabo acciones para reducir los riesgos encontrados.

Una cultura de seguridad fomenta un entorno de trabajo donde se toman en consideración y se reconocen los diversos factores que contribuyen a un incidente, así como los sucesos que le preceden. Ante ello podemos decir que las enfermeras aun no valoran el grado de seguridad del paciente en su mayoría, como muy bueno y excelente. Por ello es necesario seguir implementando estrategias que den apertura a la mejora continua de la seguridad del paciente.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- La Seguridad del paciente implica buscar mejoras en las condiciones de atención de los servicios, merece tomar una atención integral a todos los aspectos del servicio, y a todas las acciones que conciernen tanto a la administración encargada, a los responsables y a todo el personal de salud involucrad, el mismo que conlleva a un compromiso de gestión, servicio y profesión por mejorar los niveles de Seguridad del Paciente en la institución.
- Por otro lado, se hace evidente que, a pesar de apreciarse una cultura fuerte, el porcentaje de cultura débil es muy alto, lo que nos permite reflexionar en la falta de un sin número de ajustes en las estrategias, medidas ya acciones para mejorar el grado de seguridad del paciente en la institución.
- Los componentes que constituyen puntos débiles prioritarios a resolver son el “Grado de apertura de la comunicación” , la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” .

## **5.2 RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones respecto al presente estudio son:

- Se debe realizar el estudio en otros hospitales
- Se pueden realizar estudios sobre los factores intervinientes en la cultura de seguridad del paciente
- Se pueden realizar estudios respecto a cultura de seguridad del paciente, abordándolo también de forma cualitativa.
- Se pueden realizar estudios comparativos entre distintas poblaciones
- Y por último se recomienda extrapolar este tipo de estudio en otros campos de atención de la enfermería.

## **5.3 LIMITACIONES**

- Los resultados obtenidos del presente estudio de investigación solo pueden generalizarse para la población en estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) AHQR Agency for Healthcare Reserch and Quality (2008). Improving Patient Safety in Hospitals: A Resource List for Users of the AHQR. mayo 16, 2016. Sitio web: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/resourcelist/hospitalresourceelist.pdf>
- 2) Bañeres J., et. al.. (2010). Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Abril 16, 2016, de Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica Sitio web: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf)
- 3) Carchano Monzó, M.A, Juliá Sanchis, R, Serralta Bou, V. , Lucas A., Osuna Pérez, R. Sausa Micó, V; presentaron un estudio sobre la “Percepción de la Cultura de la Seguridad del Paciente entre los profesionales del Servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal. Murcia 2010. Sitio Web: [http://www.semes.org/revista/vol23\\_5/4.pdf](http://www.semes.org/revista/vol23_5/4.pdf)
- 4) Espinal M. (2010). Seguridad del paciente: aspectos generales y conceptos básicos. Octubre 14, 2015, de Universidad CES Facultad de Medicina. Sitio web: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/855/2/seguridad%20del%20paciente.pdf>
- 5) Fajardo,G., Rodríguez, J.,& Arboleya, A.. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. noviembre 15, 2015, de Academia Mexicana de Cirugia Sitio web: <http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>

- 6) Gama, Z., Oliveira A., & HernándezZenewton André da Silva Gama 1  
Adriana Catarina de Souza Oliveira,A., & Hernández P. 3. (2013).  
Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red  
de hospitales públicos españoles. abril 16, 2016, de Cad.Saúde  
Pública. Rio de Janeiro Sitio web:  
<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n2/15.pdf>
  
- 7) Gómez Ramírez Olga, y colaboradores. Universidad Nacional de  
Colombia, presentaron un estudio de investigación sobre “Cultura  
de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá,  
Colombia” en el año 2011. Sitio Web:  
<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>
  
- 8) Intendencia de Prestadores de Salud .Unidad Técnica Asesora de  
Chile, presentó un estudio sobre “Análisis de la cultura sobre  
seguridad del paciente en el Hospital Padre Hurtado”. Chile 2009.  
Sitio Web  
[http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles6440\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles6440_recurso_1.pdf)
  
- 9) Management Asociación (IPMA). Universidad Politécnica de Madrid.  
(2010). XIV INTERNATIONAL CONGRESS ON PROJECT  
ENGINEERING . Febrero 15, 2016, de EIPRO, Universidad  
Politécnica de Madrid Sitio web:  
[http://www.aeipro.com/files/congresos/2010madrid/ciip10\\_0851\\_0865.2802.pdf](http://www.aeipro.com/files/congresos/2010madrid/ciip10_0851_0865.2802.pdf)
  
- 10) Meléndez, C., et al.,. (2014). Percepción del personal de Enfermería  
hacia la Cultura de Seguridad en un hospital pediátrico en México.  
Marzo 22, 2016, de Revista Cuidarte Universidad de Santander  
Sitio web:  
<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/92/262>

- 11) Ministerio de Salud del Perú -MINSA. (2011). Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía R. M. – N° 1021- 2010/MINSA . Diciembre 10, 2015, de Dirección General de Salud de las Personas Ministerio de Salud Lima-Perú Sitio web: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg\\_pac/GuiaTecImplementacion.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTecImplementacion.pdf)
- 12) Organización Mundial de la Salud- OMS. (2008). La Cirugía Segura salva Vidas. octubre 20, 2015, de OMS Sitio web: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)
- 13) Organización Mundial de la Salud. Dotación de recursos humanos en salud: nuevas perspectivas de análisis (2005). Mayo 16, 2016 de Organización Panamericana de la Salud. Sitio web: [http://www.observatoriorh.org/planificacion/sites/default/files/webfiles/fulltext/pub\\_dotacion\\_rhs\\_pespect.pdf](http://www.observatoriorh.org/planificacion/sites/default/files/webfiles/fulltext/pub_dotacion_rhs_pespect.pdf)
- 14) Ore Rodríguez, María del Rosario; presentó un estudio de investigación sobre “Seguridad en el cuidado del paciente quirúrgico” Lima- Perú. 2010. Sitio Web: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S181677132010000100003&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S181677132010000100003&script=sci_arttext)
- 15) Riquelme A., Cravero A., & Saavedra R., . (2010). Gestión del Conocimiento y Aprendizaje Organizacional: Modelo Adaptado para la Administración Pública Chilena.. Marzo 10, 2016, de Universidad Autónoma de Chile Sitio web: <http://ceur-ws.org/Vol-488/paper3.pdf>
- 16) Roqueta Egea Fermí, Tomás Vecina Santiago, Chanovas Borrás Manel R., realizaron un estudio de investigación sobre la “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud



español” en el año 2011. Disponible en:[http://www.semes.org/revista/vol24\\_3/11.pdf](http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf)

- 17) Sistema Sanitario de Universidad de Michigan: “Patient Safety Toolkit” . (2008). Mejorando la seguridad del paciente en los Hospitales: De las ideas a la acción. Mayo 20, 2016, de Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Sitio web: [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/traducciones/Mejorando\\_Seguridad\\_Paciente\\_Hospitales.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/traducciones/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf)

## **BIBLIOGRAFIA**

- Arenas J., Garzón L., Gonzales & Mateus (2010). Cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de III nivel. Tesis para optar el título de Enfermera. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia.
- Conesa J., García S. (2010). La seguridad laboral: el factor humano y la certificación de los sistemas de gestión de seguridad. Ponencia presentada en el XIV INTERNATIONAL CONGRESS ON PROJECT ENGINEERING. Universidad de Granada. España
- Agency for Health Care Research and Quality AHRQ (2005). Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España.
- Ministerio de la Protección Social (2007). Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Fundación FITEC. Colombia.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Universidad de Murcia (2008). Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España.

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria .Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009).Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Centro de Publicaciones Paseo del Prado. Madrid, España.
- Santacruz J., Rodríguez, Fajardo G., Hernández F. (2011). Cultura de Seguridad del paciente y eventos adversos. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente. Comisión Nacional de Arbitraje medico. Centro colaborador de la OPS/OMS. México.

## **ANEXOS**

### **INDICE DE ANEXOS**

<b>N°</b>	<b>Titulo</b>	<b>Pág.</b>
<b>01</b>	OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	82
<b>02</b>	CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	85
<b>03</b>	TABLA DE CONCORDANCIA- PRUEBA BINOMIAL	89
<b>04</b>	TABLA DE PROBABILIDADES PARA LA PRUEBA BINOMIAL	90
<b>05</b>	FORMATO PARA EVALUACION DEL INSTRUMENTO	91
<b>06</b>	CONFIABILIDAD DE LAS DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO	92
<b>07</b>	GRAFICOS	93

## ANEXO N° 1

### OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL VARIABLE	DEF. OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ITEM DEL INSTRUMENTO	VALOR FINAL
Cultura de Seguridad del paciente en enfermeras que laboran en el servicio de Centro Quirúrgico y recuperación	Conjunto de valores, actitudes, y normas que influyen en la forma de actuar de las personas y del grupo para disminuir los riesgos y daños al paciente. En relación a sus componentes las tenemos: las percepciones de seguridad, la frecuencia de eventos reportados y el grado de seguridad general del paciente.	Conjunto de valores, actitudes, percepciones, y competencias de patrones de comportamiento s individuales y colectivos de las enfermeras a través del cuidado que brinda al paciente, durante la atención en sala de operaciones, en el servicio de centro quirúrgico y recuperación. Al realizar la evaluación de la cultura de	Resultados de la cultura de seguridad del paciente.	Percepción sobre la seguridad del paciente.	-Prioridad para la seguridad del paciente. -Efectividad de los procedimientos.	Preguntas: 10, 15, 17, 18	Cultura Fuerte
				Frecuencia del reporte de incidentes de seguridad en el paciente.	-Frecuencia de errores con potencial para dañar al paciente. -Frecuencia de errores sin potencial para dañar al paciente.	Preguntas: 40, 41, 42	
				Trabajo en equipo dentro del área o servicio.	-Apoyo -Respeto -Solidaridad	Preguntas: 1, 3, 4, 11	
				Trabajo en equipo entre las áreas o servicios.	-Cooperación. -Agrado para trabajar -Coordinación entre áreas o servicios.	Preguntas: 24, 26, 28, 32	

		seguridad del paciente se pueden obtener resultados como la percepción de seguridad y la frecuencia de eventos notificados; así mismo dentro los componentes de evaluación tenemos el trabajo en equipo, la comunicación, y la gestión, y la supervisión. En tanto se podrá determinar si la cultura de seguridad es débil o fuerte.	Comunicación en Equipo en la cultura de seguridad del paciente  Dirección / Gestión en la cultura de seguridad del paciente	Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad.  Grado de apertura de la comunicación.	-Informes de la dirección -Errores ocurridos -Cambios efectuados  - Libertad para hablar de los riesgos. -Cuestionar decisiones.	Preguntas:34 , 36, 38  Preguntas: 35, 37, 39	
				Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.	-Actitud proactiva, -Acciones para mejorar -Evaluación del impacto	Preguntas: 6, 9 , 13	
				Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.	-Disponibilidad del personal -Organización	Preguntas: 2, 5, 7, 14	
				Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.	-Interés de la dirección -Ambiente laboral de Seguridad -Actitud reactiva.	Preguntas: 23, 30, 31	

			Supervisión en la cultura de seguridad del paciente	<p>Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal.</p> <p>Problemas en la transferencia de pacientes o de cambio de turno.</p> <p>Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.</p>	<p>-Uso negativo de la información sobre errores</p> <p>-Temor a las represalias laborales</p> <p>-Pérdida de información.</p> <p>-Problemas durante los cambios de turno.</p> <p>-Transferencia de pacientes entre servicios o unidades.</p> <p>-Información retroactiva</p> <p>-Capacidad de escucha</p> <p>-Grado de interés del jefe o supervisor</p>	<p>Preguntas: 8, 12, 16</p> <p>Preguntas: 25, 27, 29, 33</p> <p>Preguntas: 19, 20, 21, 22</p>	
--	--	--	---	---	---	---	--



## ANEXO 2

### **CUESTIONARIO SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

#### **INTRODUCCION**

Estimada colega, soy enfermera estudiante de la especialidad de Enfermería en Centro Quirúrgico de la UNMSM, y teniendo los permisos respectivos de la institución, me encuentro aplicando un cuestionario autoadministrado, con el objetivo de obtener información acerca de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería; para ello solicito se sirva responder en forma veraz las siguientes preguntas. La información recabada será de carácter anónimo; además ello permitirá establecer una línea de base sobre cultura de seguridad, para la posterior implementación de estrategias.

#### **DATOS GENERALES:**

Profesión: .....  
Servicio..... Edad..... Sexo.....

Tiempo que trabaja en su profesión....., en el hospital....., en el servicio.....

Horas de trabajo mensual.....

#### **INSTRUCCIONES:**

Este cuestionario recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de eventos adversos en su servicio. A continuación se plantean enunciados los cuales tendrá que marcar con una "X" según las alternativas presentadas: Muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo, muy de acuerdo.



ENUNCIADOS	1	2	3	4	5
	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1.- El personal se apoya mutuamente en el servicio de centro quirúrgico.					
2.- Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3.- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4.- En este servicio nos tratamos con respeto.					
5.- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6.- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7.- Tenemos mas personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.					
8.- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9.- Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
10.- Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.					
11.- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.					
12.- Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.					
13.- Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
14.- Trabajamos bajo presión, para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.					
15.- La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16.- El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.					

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
17.- En el servicio tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.					
18.- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.					
19.- Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					
20.- Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la					

seguridad del paciente.					
21.- Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.					
22.- Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.					
23.- La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
24.- los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.					
25.- La información de los pacientes se pierde , en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro					
26.- Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.					
27.- A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno					
28.- En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.					
29.-Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital					
30.- Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
31.- La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.					
32.- Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.					
33.- Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital					

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
34.- Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.					
35.- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad					
36.- Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio					
37.- El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
38.- En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.					
39.- El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo , aparentemente no está bien.					
40.- Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente					
41.- Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente					
42.- Se registran y/o reportan los errores que no han					

tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente					
	EXCELEN TE	MUY BUENO	ACEPTABLE	POBRE	MALO
Dele a su servicio una valoración general en seguridad del paciente.					

**Comentarios:** Por favor, siéntase con libertad para escribir cualquier comentario sobre la seguridad de los pacientes.

.....

.....

.....

.....

.....

Gracias por completar esta encuesta, su participación es muy útil para implementar mejoras en la seguridad del paciente.

### ANEXO 3

#### TABLA DE CONCORDANCIA –PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

	N° DE JUEZ								P
ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.035
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035

En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la adaptación del instrumento final.

Si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

**El valor tiene un p valor  $<0.05$ . Por lo tanto existe concordancia, es significativo.**

#### ANEXO 4

**TABLA DE PROBABILIDADES PARA LA PRUEBA BINOMIAL**

Jueces de Expertos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>5</b>	031	388	500	812	009						
<b>6</b>	010	109	344	056	801	984					
<b>7</b>	008	062	227	500	773	938	992				
<b>8</b>	004	035	145	363	637	855	965	996			
<b>9</b>	002	020	090	254	500	740	910	980	998		
<b>10</b>	001	011	055	172	377	623	828	945	989	999	
<b>11</b>		006	033	113	274	500	720	887	967	994	
<b>12</b>		003	019	073	104	387	613	806	927	981	997

## ANEXO 5 FORMATO PARA EVALUACION DEL INSTRUMENTO

Teniendo como base los criterios (7) que a continuación se presenta, solicito su opinión como juez experto, respecto del instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3.	La estructura del instrumento es adecuado			
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable			
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6.	Los ítems son claros y entendibles			
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación			

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión

SUGERENCIAS:

-----

-----

-----

Apellidos y Nombres del juez experto: -----

Firma del Juez Experto:.....

**ANEXO 6**

**CONFIABILIDAD DE LAS DIMENSIONES CONTENIDAS EN EL CUESTIONARIO**

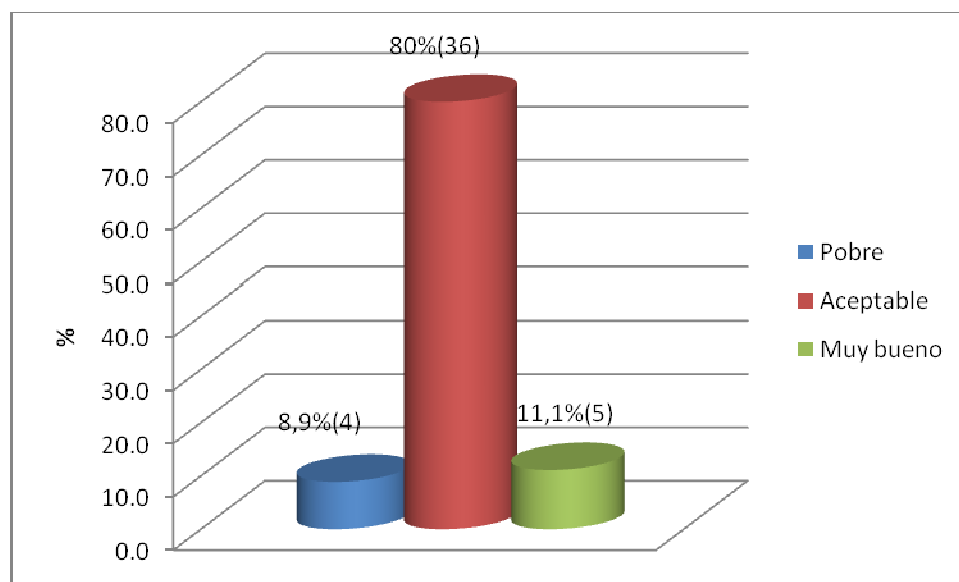
<b>DIMENSIONES</b>	<b>Alfa de Cronbach*</b>
Percepción sobre la seguridad del paciente.	0.65
Frecuencia del reporte de incidentes de seguridad en el paciente.	0.88
Trabajo en equipo dentro del área o servicio.	0.82
Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.	0.84
Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.	0.68
Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente.	0.81
Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad.	0.73
Grado de apertura de la comunicación.	0.66
Trabajo en equipo entre las áreas o servicios.	0.73
Personal: suficiencia disponibilidad y gestión.	0.64
Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno	0.74
Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal	0.65

## ANEXO 7

### GRAFICOS

#### GRAFICO N°9

**VALORACION GENERAL DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE POR LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL  
SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO Y RECUPERACION DEL  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA-PERU. 2015**



**FUENTE:** CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. 2015